



## FICHA DE INSCRIÇÃO

APOIO  
AMBULATÓRIO

Marcar para: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_      Remarcar para: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ às \_\_\_:\_\_\_  
RTG: \_\_\_\_\_      RTG: \_\_\_\_\_  
Marcado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      Marcado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Via: \_\_\_\_\_ SAF: \_\_\_\_\_      Via: \_\_\_\_\_ SAF: \_\_\_\_\_

*A preencher pela APAC*

Data: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

#### FILIAÇÃO

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefone p/contacto: \_\_\_\_\_

Responsável pela criança: \_\_\_\_\_

Pessoa que encaminhou a Criança para a APAC: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qual a sua relação com a criança? \_\_\_\_\_

Que problemas nota da criança? \_\_\_\_\_

Em que idade? \_\_\_\_\_

Recorreu a algum serviço médico? \_\_\_\_\_

Qual? \_\_\_\_\_

**Observação:** Esta ficha de inscrição deverá, sempre que possível vir acompanhada de relatório médico ou do professor/educador, outro profissional de saúde ou Entidade.

Rua Dr. Aires Duarte, nº 100, Apartado 5007 – 4754-908 Arcozelo – Barcelos ♦ Tlf: 253812436 ♦ Fax: 253814672 ♦ Mail: apac@sapo.pt